



ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

# Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ?

## Gender identity disorder: What is the role of the psychiatrist?

## EL papel del psiquiatra en los trastornos de la identidad de género

A. Gorin-Lazard (MD)<sup>a,\*</sup>, M. Bonierbale (MD)<sup>a,2</sup>,  
N. Magaud-Vouland (PhD)<sup>a,3</sup>, A. Michel (PhD)<sup>a,4</sup>, I. Morange (MD)<sup>b,5</sup>,  
A.-S. Perchenet (MD)<sup>c,6</sup>, C. Lançon (MD, PhD)<sup>d,7</sup>

<sup>a</sup> Service de psychiatrie et de psychologie médicale, unité fonctionnelle de prise en charge des troubles de l'identité de genre, CHU Sainte-Marguerite, bâtiment Solaris, 270, boulevard Sainte-Marguerite 13274 Marseille cedex 9, France

<sup>b</sup> Service d'endocrinologie, CHU La Timone, 13385 Marseille cedex 05, France

<sup>c</sup> Service de chirurgie plastique et réparatrice, CHU La Conception, 13385 Marseille cedex, France

<sup>d</sup> Service de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 9, France

Disponible sur Internet le 28 août 2008

### MOTS CLÉS

Transsexualisme ;  
Trouble de l'identité  
sexuelle ;  
Genre, Psychiatre ;

**Résumé** Au-delà du débat sur l'étiologie des troubles de l'identité de genre (TIG), le rôle du psychiatre dans la prise en charge des transsexuels est fondamental. En effet, quelle que soit l'origine des TIG, toutes les études montrent que le succès de la réassignation sexuelle par traitement hormonochirurgical (THC) dépend de la qualité de la démarche diagnostique et de facteurs psychiques et/ou psychopathologiques qu'il faut avoir dépistés et pris en charge. Le rôle du psychiatre dans la prise en charge des dysphorie de genre consiste à : confirmer le

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [audreygorin@yahoo.fr](mailto:audreygorin@yahoo.fr) (A. Gorin-Lazard).

<sup>1</sup> Psychiatre, chef de clinique.

<sup>2</sup> Psychiatre, praticien hospitalier coordonnateur de l'unité fonctionnelle de prise en charge des troubles de l'identité de genre.

<sup>3</sup> Docteur en sciences psychologiques, expert près des tribunaux. Psychologue référente de l'unité fonctionnelle de prise en charge des troubles de l'identité de genre.

<sup>4</sup> Docteur en sciences psychologiques, maître de conférence université Montpellier-3. Psychologue référente de l'unité fonctionnelle de prise en charge des troubles de l'identité de genre.

<sup>5</sup> Endocrinologue, praticien hospitalier.

<sup>6</sup> Chirurgien plasticien, praticien hospitalier.

<sup>7</sup> Psychiatre, professeur des universités, chef de service hospitalo-universitaire de psychologie médicale et de psychiatrie d'adultes.

## Rôle ; Facteurs prédictifs

diagnostic de trouble de l'identité de genre ; éliminer un éventuel diagnostic différentiel des troubles de l'identité de genre ; dépister et traiter d'éventuelles comorbidités psychiatriques ; détecter et informer le patient des facteurs prédictifs positifs et négatifs le concernant et discuter des bénéfices/risques d'une conversion chirurgicale ; repérer les attentes irréalistes pour éviter des frustrations et des déceptions inadaptées qui vont retentir sur l'équipe chirurgicale. Les objectifs du psychiatre vis-à-vis des patients : prévenir d'éventuelles complications psychosociales du traitement hormono-chirurgical et optimiser les chances d'une transformation réussie, en termes de satisfaction globale du patient et d'adaptation psychosociale au nouveau genre. Des études réalisées sur le devenir des transsexuels opérés montrent que 2 % d'entre eux présentent des regrets définitifs quant à la transformation, 10 % expriment des regrets transitoires. Les taux de dépressions sévères et de décès par suicide sont significativement supérieurs à ceux de la population générale. L'évaluation psychiatrique permet de dépister les patients vulnérables et à leur proposer une prise en charge adaptée et personnalisée avant tout recours chirurgical. Les objectifs du psychiatre vis-à-vis de l'équipe de genre : des facteurs psychologiques prédictifs d'une évolution péjorative des troubles après conversion sexuelle ont été mis en évidence par des travaux rétro- et prospectifs. Pour chaque patient, ces éléments pronostiques doivent être discutés en équipe afin que la décision de traitement hormono-chirurgical (THC) soit l'objet d'une information éclairée tant du patient que de l'équipe soignante et particulièrement du chirurgien qui peut être confronté à des regrets ou des revendications résultant d'une évaluation globale insuffisante. Même si ces facteurs de vulnérabilité ne constituent pas en eux-mêmes des contre-indications à la conversion sexuelle, ils doivent inciter à la prudence et permettre au chirurgien d'évaluer les répercussions de son geste.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Gender dysphoria;  
Transsexualism;  
Predictive factors;  
Role;  
Psychiatrist

**Summary** The cause of gender identity disorder (GID) is a subject that has always been a main focus in the care of transsexual patients: is this a psychiatric pathology, a problem of identity, or is it due to genetic or hormonal factors? Moving beyond these issues, the psychiatrist's role in the care of transsexuals is fundamental because, regardless of the origin of the GID, all studies concur that the success of Sex Reassignment Surgery (SRS) depends principally on psychological and psychopathological factors. *The role of the psychiatrist* in assessing patients with gender dysphoria (GD) is fundamental in order to confirm the GD diagnosis that justifies a therapeutic treatment for this disorder-induced condition of distress; establish the differential diagnosis of GD related to or associated with a psychiatric pathology (a period of delirium revolving around ideas of body transformation, sexual ambiguity, fetishistic transvestitism, dysmorphophobia, etc.); detect and inform the patient of negative predictive factors that apply in his case and that should be considered when assessing the benefits of surgical reassignment; detect unrealistic expectations in order to prevent undue frustrations and disappointment that will also have consequences on the surgical team. The psychiatrist's objectives with regard to the patients are to optimize a successful transformation, in terms of the patient's global satisfaction and psychosocial adapting to the new gender. Studies conducted on the outcome of patients operated for sex-change reveal that 2% express permanent regrets and 10% express temporary regrets. The rates of severe depression and death after suicide are significantly higher than in the rest of the general population. The psychiatric assessment enables vulnerable patients to be identified, for whom a suitable and personalized treatment can be proposed prior to surgery. The psychiatrist's objectives with regard to the gender team: the psychological predictive factors of a poor outcome of post-sex-change disorders, which have been evidenced by retro- and prospective works (personality disorder, psychiatric pathology, adaptation disorders, low satisfaction capabilities, risk-prone behaviour, psychosocial problems) must be discussed within the team to ensure that the sex-change surgery decision is the result of an enlightened consensus between the patient and the care team, and notably the surgeon who may have to deal subsequently with regrets, lack of satisfaction or legal claims because of insufficient global assessment. Even if these vulnerability factors are not per se contra-indications to sex-change, they should lead to caution in order for the surgeon to be able to assess the impact of the surgical act.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## PALABRAS CLAVE

Transexualismo;  
Trastorno de la identidad sexual;  
Género;  
Psiquiatra, Rol;  
Factores predictivos

**Resumen** El debate sobre las causas de los trastornos de la identidad de género (TIG) ha sido siempre un tema central en el cuidado de los pacientes transexuales: es una patología psiquiátrica, un problema de identidad o ¿es debido a factores genéticos u hormonales? A pesar del debate el papel del psiquiatra en el cuidado de los transexuales es fundamental porque cualquiera que sea el origen de los TIG, todos los estudios muestran que el éxito de la reasignación depende entre otros, de factores psíquicos y/o psicopatológicos que es preciso haber determinado previamente. El rol del psiquiatra en el cuidado de las Disforias de género es fundamental para: confirmar el diagnóstico de trastorno de la identidad de género que justifique un tratamiento motivado por el estado de malestar generado por dicho trastorno; establecer el diagnóstico diferencial de TIG relacionado o asociado con una patología psiquiátrica (episdio delirante con ideas de transformación corporal, ambigüedad sexual, travestismo fetichista, dismorfofobia...); detectar e informar al paciente de los factores predictivos negativos que le conciernen y que requieren el planteamiento de un diálogo sobre los beneficios de la conversión quirúrgica; detectar las expectativas irrealistas para evitar frustraciones y decepciones inadapadas que van a repercutir sobre el equipo quirúrgico. Los objetivos del psiquiatra desde el punto de vista de los pacientes: optimizar una transformación exitosa, en términos de satisfacción global del paciente y de adaptación psicosocial al nuevo género. Los estudios realizados sobre el porvenir de los transexuales operados muestran que 2% de entre ellos presentan arrepentimientos definitivos en cuanto a la transformación, 10% expresan arrepentimientos transitorios. Las tasas de depresión severa y de muerte por suicidio son significativamente superiores a la población general. La evaluación psiquiátrica permite discriminar los pacientes vulnerables y proponerles una terapia adaptada y personalizada antes de pasar a la cirugía. Los objetivos del psiquiatra con respecto al equipo de género: los factores predictivos del dominio psíquico de una evolución peyorativa de los trastornos después de la conversión sexual, que han sido puestos en evidencia por trabajos retro y prospectivos (trastornos de la personalidad, patología psiquiátrica, trastorno de la adaptación, débiles capacidades de satisfacción, conductas de riesgo, dificultades psicosociales...), deben tratarse en equipo para que la decisión de intervención de conversión sea objeto de una información clara tanto del paciente como del equipo cuidador y, en particular, del cirujano que puede encontrarse sometido a culpabilidades, insatisfacciones o reivindicaciones resultantes de una evaluación global insuficiente. Incluso si los factores de vulnerabilidad no constituyen por ellos mismos contraindicaciones a la conversión sexual, deben incitar a la prudencia para permitir al cirujano evaluar las repercusiones del acto.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Version française

### Introduction

En l'absence d'étiologie consensuelle du trouble de l'identité de genre (TIG), plusieurs lectures s'affrontent (psychanalytique, phénoménologique, génétique...) sans que cela ne débouche sur de nouvelles alternatives thérapeutiques. En effet, seule la réassignation sexuelle par traitement hormono-chirurgical (THC) a démontré son efficacité sur la souffrance des patients transsexuels (Lundström et al., 1984; Blanchard, 1985; Mate-Kole et al., 1988, 1990; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin et Junge, 1998; Eldh et al., 1997; Cohen-Kettenis et Gooren, 1999; Rehman et al., 1999; Meyer et al., 2001; Michel, 2001; Day, 2002; Lawrence, 2003; Bonierbale et al., 2004b; Smith et al., 2002, 2005) mais il s'agit d'une prise en charge « par défaut » (car non étiologique) en l'état actuel des connaissances.

Les partisans de la théorie d'une variance naturelle du genre dans la population générale (théorie bâtie sur le même modèle que celle de la préférence sexuelle dans l'orientation sexuelle) remettent en cause le rôle du psychiatre qui exercerait un contrôle abusif sur l'accès au THC. Ce type d'attitude qui dénonce une « psychiatrisation » de

la dysphorie de genre traduit souvent une méconnaissance tant du rôle du psychiatre que de la nécessité d'une formation médicale et psychiatrique afin d'écarter un éventuel diagnostic différentiel.

L'objectif de cet article est de montrer que le rôle actuel du psychiatre dans la prise en charge des TIG est essentiel, indépendamment de leur étiologie.

En effet, la majorité des études montre qu'outre la qualité de la démarche diagnostique, le succès de la réassignation sexuelle dépend de facteurs psychiques (Green et Fleming, 1990; Lundström et al., 1984; Bodlund et Kullgren, 1996; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin et Junge, 1998; Walworth, 1997; Michel et Mormont, 2004; Bonierbale et al., 2004a; Smith et al., 2005; De Cuypere et al., 2006; Michel et Pedinielli, 2008).

Dans cet article, seront exposés les objectifs du psychiatre dans la prise en charge des patients transsexuels ainsi que ses différents rôles, auprès du patient et au sein de l'équipe de genre.

### Recommandations actuelles (WPATH)

Actuellement, les standards de soins établis par la World Professional Association for Transsexual Health (WPATH) recommandent une approche pluridisciplinaire avant une

éventuelle réassignation sexuelle. Ces recommandations prévoient une évaluation du patient par chaque membre de l'équipe de genre et notamment par le psychiatre (Meyer et al., 2001).

## Les objectifs du psychiatre auprès du patient

Il existe ainsi un consensus sur la nécessité d'une évaluation psychiatrique ; quels en sont les objectifs ?

### Primum non nocere

En tant que médecins, la pratique des psychiatres, endocrinologues et chirurgiens de la *gender team* est sous tendue par le principe *primum non nocere*. Leur premier objectif est primordial : ne pas induire, par leur intervention, une aggravation de l'état du patient. Or, le THC comporte des risques de complications organiques, psychiques et sociales. D'après les données de la littérature, on retrouve une aggravation de la situation psychosociale du patient dans environ 10 % des cas (Bodlund et Kullgren, 1996 ; Michel et al., 2002). Elle est la conséquence d'erreur diagnostique, d'une vulnérabilité psychique préalable, de difficultés professionnelles ou de complications chirurgicales (Lundström et al., 1984 ; Pfäfflin, 1992 ; Pfäfflin et Junge, 1998 ; Lawrence, 2003 ; De Cuypere et al., 2006). Elle peut se manifester par :

- des insatisfactions ;
- des regrets postopératoires, transitoires dans 1 à 8 % des cas, définitifs dans 1–2 % des cas (MacCauley et Ehrhardt, 1984 ; Lindemalm et al., 1986 ; Blanchard et al., 1989 ; Bodlund et Kullgren, 1996 ; Pfäfflin, 1992 ; Pfäfflin et Junge, 1998 ; Landen et al., 1998 ; Kuiper et Cohen-Kettenis, 1998 ; Lawrence, 2003) ;
- des syndromes dépressifs qui peuvent être sévères et se chroniciser ;
- des idées suicidaires et des décès par suicide (0,5 à 2 %) (Pauly, 1981 ; Lundström et al., 1984 ; Michel et al., 2002) ; une étude récente De Cuypere et al. (2006) a mis en évidence une diminution très nette des comportements suicidaires après intervention chirurgicale (qui passent de 29,3 à 5,1 % des patients), mais ce taux reste 30 fois supérieur à celui retrouvé en population générale (0,15 %) ;
- des décompensations psychotiques ont pu être observées (Campo et al., 2005) ; elles sont le fait d'une erreur diagnostique ou de la coexistence d'un TIG et d'une psychose chronique.

Bien que rares, ces situations peuvent être sources d'erreur diagnostique et/ou de vulnérabilité psychique préalable et justifient d'une évaluation psychiatrique rigoureuse, à visée préventive, avant tout THC.

### Optimiser les chances d'une transformation réussie

Le second objectif du psychiatre est d'optimiser les chances d'une transformation réussie, en tenant compte de la satisfaction du patient et de son adaptation psychosociale dans le nouveau genre.

Depuis le début des années 1980, de nombreuses études, utilisant des autoquestionnaires auprès d'environ 3000 patients, ont mis en évidence des résultats satisfaisants dans 75–96 % des cas de réassignation sexuelle (Pauly,

1981 ; Lawrence, 2003). Mais cette satisfaction subjective ne s'accompagne pas forcément d'une amélioration de l'adaptation psychosociale, en termes d'intégration professionnelle, réduction de la précarité sociale, amélioration des contacts sociaux, affectifs et familiaux... Or ces paramètres sociaux sont importants à prendre en considération dans la mesure où ils contribuent à la qualité de vie des patients et à leur stabilité psychique (Bonierbale et al., 2004b).

L'objectif du psychiatre est donc d'optimiser les chances d'une transformation satisfaisante pour le patient pouvant se traduire par l'amélioration de son adaptation psychosociale dans le nouveau genre, indicateur d'évolutivité personnelle.

## Rôles du psychiatre auprès du patient

Quelles sont les stratégies dont dispose le psychiatre pour remplir ces objectifs ?

### Démarche diagnostique

Le psychiatre de l'équipe doit « confirmer le diagnostic de GID » tel qu'il est défini dans le DSM IV (American Psychiatric Association) :

- l'identification intense et persistante au sexe biologique opposé ;
- le sentiment persistant d'inconfort par rapport à son propre sexe biologique ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante ;
- l'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite ;
- l'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Cette confirmation diagnostique basée sur le DSM est indispensable. En effet, la difficulté diagnostique réside en la délimitation entre transsexualisme, qui relève du THC, et les autres troubles de l'identité sexuée (Chiland et Cordier, 2000 ; Michel, 2006). La distinction entre ces différents troubles est complexe et relève de la connaissance psychiatrique ; elle s'appuie notamment sur les définitions DSM des différentes entités cliniques. Il ne faut évidemment pas confondre cette démarche avec ce que certaines associations de transsexuels militantes considèrent comme une attitude discriminante. Le DSM, comme toutes classifications, a ses propres limites mais son utilisation est nécessaire à cette distinction diagnostique, base d'une prise en charge sécurisée pour le patient.

Lors de cette démarche diagnostique, le psychiatre s'appuie notamment sur les « éléments biographiques » qu'il recueille auprès du patient et, idéalement, de sa famille. Parmi ces éléments, certains sont en faveur du diagnostic de trouble de l'identité de genre (goûts vestimentaires, attitudes et divertissements classiquement attribués au genre du patient, précocité du sentiment d'appartenance à l'autre genre différent du désir d'être de l'autre genre) et peuvent ainsi orienter le psychiatre dans sa démarche diagnostique. Le spécialiste doit toutefois être prudent quant aux

propos du patient qui peut, inconsciemment ou délibérément, réécrire sa propre histoire et notamment son vécu de genre afin de bénéficier du THC (Cohen-Kettenis et Gooren, 1999).

Il s'agit le plus souvent d'un autodiagnostic, le patient se définissant dès la première consultation comme un transsexuel en demande d'un THC. L'évaluation clinique confirme souvent ce diagnostic mais elle peut mettre en évidence des diagnostics différentiels (dans 9,1% des cas selon Gómez-Gil et al., 2008) que le psychiatre doit être capable de d'écarter :

- l'épisode psychotique avec thématique délirante de transformation corporelle (Commander et Dean, 1990 ; Caldwell et Keshavan, 1991 ; De Cuypere, 1993 ; O'Gorman, 1980 ; Faulk, 1990 ; Puri et Singh, 1996 ; à Campo et al., 2003 ; De Cuypere et al., 2006) ;
- le transvestisme fétichisme ;
- le problème identitaire générale, non uniquement sexuelle ;
- le simple non-conformité au stéréotype comportemental lié au rôle sexuel ;
- l'ambiguïté sexuelle ;
- la dysmorphophobie ;
- l'homosexualité ;
- la « chirurgie de confort ».

Il est évident que ces troubles nécessitent un autre traitement qu'une réassignation sexuelle chirurgicale. Comme nous l'avons vu précédemment, une erreur diagnostique peut être source de regrets, raison pour laquelle une évaluation diagnostique approfondie par un psychiatre expérimenté est nécessaire.

### Démarche pronostique

Au-delà des erreurs diagnostiques, comment savoir quels sont les patients plus à risque de complications psychiques ?

Des travaux de recherche, dont les références et les résultats sont exposés ci-après, ont mis en évidence des facteurs psychosociaux et psychiatriques prédictifs de résultats non satisfaisants. La présence de ces facteurs serait significativement corrélée avec une satisfaction moindre, des regrets, des troubles dépressifs et des comportements suicidaires persistants, s'aggravant ou apparaissant après l'intervention.

Durant l'évaluation, le psychiatre doit savoir détecter ces facteurs prédictifs ; quels sont-ils ?

*Présence d'une vulnérabilité ou d'une pathologie psychologique/psychiatrique.* Le premier facteur pronostique négatif est la présence d'une pathologie ou d'une fragilité psychique (trouble thymique, trouble de la personnalité, comportements suicidaires, psychose, abus de substance...) (Green et Fleming, 1990 ; Lundström et al., 1984 ; Bodlund et Kullgren, 1996 ; Pfäfflin, 1992 ; Pfäfflin et Junge, 1998 ; Walworth, 1997 ; Bonierbale et al., 2004a ; Smith et al., 2005 ; De Cuypere et al., 2006). Ces comorbidités psychiatriques doivent être dépistées et évidemment traitées. Elles ne sont pas forcément des contre indications au SRS mais impliquent une surveillance médicale plus étroite.

*Faible support affectif et familial.* Des études ont montré que plus le support affectif et familial est de qualité,

meilleurs sont les résultats du SRS (Ross et Need, 1989 ; Eldh et al., 1997 ; Carroll, 1999 ; Landen et al., 1998 ; Bonierbale et al., 2004a). Les proches doivent être intégrés dans la prise en charge des patients transsexuels afin notamment d'optimiser le support affectif et donc les chances d'une transformation réussie.

Par ailleurs, si le patient a des enfants, le psychiatre doit s'assurer qu'ils ont les moyens intellectuels de comprendre les enjeux de la réassignation sexuelle et que celle-ci ne compromet pas leur équilibre psychique.

*Faible support social et dysfonctionnement social.* Le psychiatre évalue le support social et le fonctionnement social puisque leurs déficiences sont négativement corrélées avec le devenir des patients (Cohen-Kettenis et Gooren, 1999 ; Bonierbale et al., 2004a).

Le manque d'intégration professionnelle, la précarité sociale, la prostitution et la victimisation sont des facteurs de vulnérabilité que le psychiatre doit prendre en compte lors de l'évaluation.

*Fausse croyance et attentes irréalistes.* Les sentiments de frustration, d'insatisfaction et les regrets qu'éprouvent certains patients après chirurgie sont souvent liés à des fausses croyances. En effet, beaucoup pensent que la réassignation sexuelle résoudra toutes leurs difficultés mais la pratique clinique, les témoignages de transsexuels opérés et les études de suivi montrent qu'il s'agit d'attentes irréalistes, avec un risque accru de regrets (Rehman et al., 1999 ; Bonierbale et al., 2004b).

Cette prise de conscience ne survient souvent qu'en post-opératoire, quand les patients réalisent que tout n'a pas changé.

Le psychiatre doit aider les patients à prendre conscience que certaines de leurs difficultés ne dépendent pas de leur TIG et ne peuvent être résolues par la réassignation sexuelle (Rakic et al., 1996 ; Bonierbale et al., 2005 ; De Cuypere et al., 2006).

*Autres facteurs pronostiques négatifs.* Le psychiatre évalue de plus :

- les capacités d'adaptation du sujet (l'étude de Gómez-Gil et al. (2008) retrouve un trouble de l'adaptation chez 56,0% des MtF et 70% des FtM) notamment à travers l'expérience en vie réelle, qui peut être débutée avant ou parallèlement à l'hormonothérapie selon les équipes ;
- ses capacités de satisfaction ainsi que ses capacités à faire face aux événements de vie (Rehman et al., 1999 ; Smith et al., 2005 ; Bonierbale et al., 2005) ;
- et la compréhension qu'il a des limites et des conséquences de la chirurgie.

Si elles sont inadéquates ou insuffisantes, on peut craindre une insatisfaction, voire des regrets par rapport à la transformation (Green et Fleming, 1990 ; Bonierbale et al., 2005).

D'autres facteurs pronostiques négatifs ont été décrits :

- une absence de dysphorie de genre dans l'enfance (Lawrence, 2003) ;
- une demande de transformation après 30 ans (Walinder et Thuwe, 1975 ; Sörensen, 1981a, b ; Lundström et al., 1984 ; Lindemalm et al., 1986 ; Kuiper et Cohen-Kettenis,



1988; Blanchard et al., 1989; Green et Fleming, 1990; Rubin, 1993; Eldh et al., 1997; Rehman et al., 1999; De Cuypere et al., 2006);

- une attirance sexuelle pour des individus de sexe biologique opposé au sien (Blanchard, 1985; Kockott et Fahrner, 1987; Blanchard et al., 1989; Smith et al., 2005; De Cuypere et al., 2006);
- une première partie de vie adaptée au sexe biologique avec parfois mariage et parentalité (Pfäfflin, 1992);
- des caractéristiques morphologiques non compatibles avec une bonne crédibilité dans la nouvelle identité de genre (De Cuypere et al., 2006);
- une ambivalence par rapport à la réassignation sexuelle.

Ces facteurs pronostiques négatifs ne constituent pas en eux-mêmes des contre-indications à la réassignation sexuelle (Blanchard et al., 1989; Michel et al., 2002; Bonierbale et al., 2005). Ce sont des facteurs de vulnérabilité qui majorent les risques d'insatisfaction et d'aggravation de la situation psychosociale du patient. Ils doivent donc, d'une part, inciter à un renforcement du suivi médical avant pendant et après la transformation et d'autre part, guider la prise en charge de façon personnalisée (Cohen-Kettenis et Gooren, 1999).

Le psychiatre doit informer le patient et discuter avec lui :

- des facteurs pronostiques négatifs et positifs mis en évidence par l'évaluation psychiatrique;
- des bénéfices et risques éventuels du THC dans son cas personnel.

Le psychiatre doit alors s'assurer que le patient comprend suffisamment les conséquences et les limites du traitement hormonochirurgical.

### Démarche thérapeutique

*Avant le THC.* Certaines études ont mis en évidence une corrélation entre psychothérapie avant THC et satisfaction postopératoire : un travail psychothérapique est donc classiquement recommandé aux patients en demande de réassignation sexuelle (Green et Fleming, 1990; Snaith et al., 1993; Bodlund et Kullgren, 1996; Rakic et al., 1996; Cohen-Kettenis et Van Goozen, 1997; Eldh et al., 1997; Rehman et al., 1999), avec un psychiatre ou un psychologue de préférence extérieur à l'équipe d'évaluation (dans le cas contraire, selon Walworth (1997) et Lawrence (2003), les enjeux liés à la décision d'une éventuel THC peuvent interférer avec un travail psychothérapeutique de qualité).

La psychothérapie n'a pas pour objectif principal de traiter le trouble de l'identité de genre mais d'aider le patient à fixer des objectifs de vie réalistes, tant professionnels que relationnels. Il n'est cependant pas inutile de proposer au patient qui l'accepte de faire un travail plus personnel afin :

- d'identifier les vulnérabilités qu'il peut lui-même suspecter et qui sont liées à son histoire personnelle;
- de travailler sur ses processus d'identification;
- de soulager les conflits résiduels ou actuels qui pourraient contribuer à des difficultés adaptatives (Bonierbale et Magaud-Voulard, 2004, 2005).

Des travaux récents préconisent des indications « ciblées » pour les patients à risque de complications psychiques (Seikowski, 2007). La variabilité interindividuelle des patients concernés et la diversité des pratiques psychothérapiques posent par ailleurs la question des modalités de psychothérapie à recommander aux patients en demande de THC.

Cependant, dans la mesure où la consultation avec le psychiatre n'est souvent motivée que par l'espoir d'un THC, sans demande de travail personnel, l'approche psychothérapeutique est complexe (Bonierbale et al., 2005).

D'un point de vue pratique, l'évaluation diagnostique et pronostique du patient en demande de THC dure au moins six à douze mois. Un lien thérapeutique de qualité et de confiance devrait pouvoir se créer entre le psychiatre et le patient.

Le psychiatre doit alors :

- recommander au patient une prise en charge spécifique et personnalisée en fonction des facteurs de vulnérabilité mis en évidence lors de l'évaluation;
- traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques;
- l'aider à réaliser un travail sur l'adaptation au nouveau genre, notamment au travers de l'expérience en vie réelle qui, si elle dure au moins un an, serait un facteur pronostique positif (Green et Fleming, 1990; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin et Junge, 1998; Rehman et al., 1999; Lawrence, 2003);
- intégrer si possible les proches du patient dans la prise en charge afin d'assurer un support affectif de qualité; parfois, des thérapies familiales ou de couple peuvent être proposées (Cohen-Kettenis et Gooren, 1999).

Par ailleurs, certains patients présentant un TIG consultent dans des centres spécialisés mais ne formulent aucune demande de réassignation sexuelle. La prise en charge est alors essentiellement psychothérapeutique et vise à apaiser la souffrance de cette personne, à améliorer sa qualité de vie et à l'aider à accepter sa différence.

Le rôle du psychiatre ne se limite pas à l'évaluation diagnostique et pronostique : il doit assurer le suivi des patients récusés pour le THC, quelles qu'en soient les raisons, afin d'éviter des décompensations psychiatriques telles que des syndromes dépressifs majeurs ou des comportements suicidaires (Lundström, 1981). Des solutions alternatives au THC doivent alors être proposées à ces patients.

*Rôle du psychiatre pendant et après la transformation.* Pendant et même après la transformation, le psychiatre doit aider le patient (et parfois sa famille) à résoudre les difficultés émotionnelles, interpersonnelles, sociales et sexuelles induites par le changement de sexe (Rehman et al., 1999; Michel et al., 2002).

Une psychothérapie postopératoire est, selon certaines études, corrélée avec un meilleur devenir (Rehman et al., 1999) et doit donc être proposée (Cohen-Kettenis et Gooren, 1999); ces résultats sont toutefois controversés par Lawrence (2003). Il n'est pas rare que la personne transsexuelle demande spontanément un travail d'élucidation ou de soutien psychothérapique après la transformation; c'est en effet une période où elle n'est plus fixée sur un but à atteindre à tout prix et où elle peut prendre conscience que

le THC n'a pas apporté de solutions à tous ses questionnements existentiels.

Le suivi devra se faire aussi longtemps que possible, se transformant progressivement en un lieu où le patient peut régulièrement faire un point sur soi (même si ce n'est qu'une à deux fois par an), trouver des réponses dans des moments difficiles de la vie, là où l'histoire particulière du patient est connue. Ce suivi à long terme peut aussi permettre, si le patient l'accepte, d'accroître les connaissances sur le devenir des patients après transformation et ainsi, d'améliorer la prise en charge des TIG, domaine où les connaissances restent à approfondir. Cependant, ces études de suivi sont souvent difficiles (refus fréquents des transsexuels opérés de poursuivre un suivi à long terme, démenagement, désir de « tourner la page », perdus de vue...). Les échantillons de transsexuels utilisés dans les études de *follow-up* ne sont donc pas toujours représentatifs de la population étudiée (Bonierbale et al., 2005).

Après réassignation sexuelle, le psychiatre établit les certificats médicaux nécessaires aux procédures juridiques de changement d'état civil.

### Rôle du psychiatre au sein de l'équipe de genre

Les endocrinologues, anesthésistes et chirurgiens sont parfois réticents à exposer les patients transsexuels, qui ne souffrent a priori pas de pathologie organique, aux éventuels aléas, effets secondaires sévères ou complications du traitement hormonal :

- chez les MtF : accidents thromboemboliques, prise de poids, HTA, hypertriglycéridémie, déminéralisation osseuse et fractures, dépression (Asscheman et al., 1989 ; Van Kesteren et al., 1997 ; Toorians et al., 2003 ; Elbers et al., 2003) ;
- chez les FtM : complications métaboliques, risque cardiovasculaire, polyglobulie, déminéralisation osseuse et fractures, épisode psychotique, agressivité (Asscheman et al., 1989 ; Van Goozen et al., 1995 ; Schlatterer et al., 1998 ; Van Kesteren et al., 1998 ; Meyer et al., 2001 ; Elbers et al., 2003 ; Feldman et Goldberg, 2006 ; Dahl et al., 2006).

et chirurgical :

- chez les MtF : complications urinaires dans 1 à 10 % des cas (sténose et/ou nécrose urétrale), digestives chez 1 à 5 % des patients (fistule rectovaginale, plaie rectale), infectieuses (abcès), hémorragiques (transfusions nécessaires dans 59 % des cas dans l'étude de Revol et al., 2006), et neurologiques (compressions nerveuses) nécrose ou sténose du néovagin dans moins de 10 % des cas (Perovic et al., 2000 ; Kreege et al., 2001 ; Revol et al., 2006) ;
- chez les FtM : complications urinaires dans plus de 50 % des cas (fistules et sténoses urétrales), complications infectieuses (35 % selon Bettocchi et al., 2005) et hémorragiques, nécrose de phalloplastie (Bettocchi et al., 2005 ; Hage et van Turnhout, 2006).

Une fois le diagnostic de TIG confirmé, les facteurs pronostiques psychiques et médicaux, mis en évidence par l'évaluation pluridisciplinaire, doivent être discutés par

l'équipe car elle partage la responsabilité de la prise en charge. Cette discussion collégiale permet de s'assurer que la décision de transformation chirurgicale est le résultat d'un consensus éclairé entre le patient et l'équipe de soins et notamment le chirurgien. En effet, ce dernier peut être confronté à des insatisfactions, des regrets, voire à des plaintes en raison d'une évaluation diagnostique et/ou pronostique insuffisante du terrain psychologique ou psychopathologique du patient, du rôle et de la qualité de son entourage, de la conscience des limites d'une transformation hormonochirurgicale par rapport aux attentes de modification de l'image corporelle et des capacités d'adaptation sociale au nouveau genre.

Le psychiatre de l'équipe a un rôle fondamental qui consiste à se positionner en ce qui concerne les bénéfices psychologiques attendus : justifient-ils ou non une réassignation sexuelle avec les risques organiques et psychiques auxquels elle expose ?

Ce travail se fait en collaboration étroite avec le psychologue de l'équipe et s'appuie notamment sur des évaluations psychométriques qui confortent le diagnostic et guident la prise en charge psychologique.

### Conclusion : le rôle complexe du psychiatre

Les standards de soins ont été développés dans le but d'améliorer les soins pour les personnes transsexuelles. Ce consensus recommande une évaluation et une prise en charge psychiatriques afin de prévenir d'éventuelles complications psychosociales, de préparer le patient à la réassignation sexuelle, d'optimiser les chances d'une réassignation sexuelle satisfaisante et de guider le chirurgien à qui l'on demande de traiter un trouble identificatoire.

Le rôle du psychiatre est d'autant plus difficile que le fait de retarder l'accès au THC à un patient considéré à risque peut avoir les mêmes conséquences qu'une transformation non satisfaisante, notamment dépression et comportements suicidaires (Lundström, 1981 ; Lindemalm et al., 1986) !

L'équipe se doit donc de prendre en compte les bénéfices/risques d'une réassignation sexuelle et les bénéfices/risques d'un prolongement d'évaluation ou d'un refus de THC !

Actuellement, les limites des connaissances sur les TIG sont un frein à l'amélioration des prises en charge. Des études méthodologiquement valides restent nécessaires puisque la transformation hormonochirurgicale reste une prise en charge « par défaut » en l'état actuel des connaissances.

### English version

#### Introduction

Because of the absence of consensus regarding the aetiology of gender identity disorder (GID), different theories exist (psychoanalytic, phenomenological, genetic...) but they do not offer new therapeutic alternatives. Indeed, sex reassignment surgery is the only treatment to have proven its efficacy in relieving the distress of patients suffering from

GID (Lundström et al., 1984; Blanchard, 1985; Mate-Kole et al., 1988, 1990; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin and Junge, 1998; Eldh et al., 1997; Cohen-Kettenis and Gooren, 1999; Rehman et al., 1999; Meyer et al., 2001; Michel, 2001; Day, 2002; Lawrence, 2003; Bonierbale et al., 2004b; Smith et al., 2002, 2005) but it is a treatment “for want of something better” in the current state of our knowledge (because not aetiological).

The supporters of the theory of natural gender variation in the normal population (theory based on the same model as the one of sexual preference in sexual orientation) challenge the role of the psychiatrist who would use an abusive control of access to SRS (sex reassignment surgery). This kind of attitude denouncing a “psychiatrization” of GID is often indicative of a lack of understanding of the role of the psychiatrist, in addition to ignorance of the difficulties in telling the difference between the various different clinical manifestations of sexual identity disorder which require psychiatric knowledge.

The objective of this article is to show that the current role of the psychiatrist in GID care is essential, regardless of its aetiology.

Indeed, most of studies concur that, in addition to the quality of the diagnostic assessment, the success of SRS depends principally on psychological factors (Green and Fleming, 1990; Lundström et al., 1984; Bodlund and Kullgren, 1996; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin and Junge, 1998; Walworth, 1997; Bonierbale et al., 2004a; Smith et al., 2005; De Cuypere et al., 2006).

This article explains the objectives of the psychiatrist in transsexual patient care and the strategies used to fulfil these objectives. The authors conclude with the psychiatrist's role within the gender team.

### Current recommendations (WPATH)

Currently, *standards of care* established by World Professional Association for Transsexual Health (WPATH) advocate a multidisciplinary approach before envisaging SRS. These recommendations provide for a patient assessment involving every member of the gender team and notably the psychiatrist (Meyer et al., 2001).

#### The objectives of the psychiatrist with the patient

So, there is a consensus as to the need for a psychiatric assessment. What are its objectives?

*Primum non nocere.* As doctors, the practice of the psychiatrist, endocrinologist and surgeon must be underpinned by the principle of *primum non nocere*. Their first objective is fundamental: to not cause, by their intervention, a deterioration in the patient's condition. And yet SRS always carries with it a risk of organic, psychological and social complications. According to current knowledge about SRS, a worsening of the psychosocial condition after SRS is seen in about 10% of patients (Bodlund and Kullgren, 1996; Michel et al., 2002). This is the consequence of mistaken diagnosis, prior psychological vulnerability, professional difficulties or surgical complication (Lundström et al., 1984; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin and Junge, 1998; Lawrence, 2003; De Cuypere et al., 2006). It may be expressed by:

- dissatisfaction;
- postoperative regrets, temporary in 1–8% of cases, permanent in 1–2% of cases (MacCauley and Ehrhardt, 1984; Lindemalm et al., 1986; Blanchard et al., 1989; Bodlund and Kullgren, 1996; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin and Junge, 1998; Landen et al., 1998; Kuiper et al., 1998; Lawrence, 2003);
- depressive disorder, which may be serious and become chronic;
- suicidal behavior and death by suicide (0.5 à 2%) (Pauly, 1981; Lundström et al., 1984; Michel et al., 2002). A recent study by De Cuypere shows a distinct reduction in suicidal behaviour after reassignment (29.3% of patients before reassignment versus 5.1% after) but it still remains thirty times superior to that found in the general population (0.15%);
- some cases of psychotic decompensation have been reported (Campo et al., 2005). These are due either to errors of diagnosis or cases of coexisting chronic psychosis.

These dramatic situations are rare and only represent a small proportion of patients but, as the consequences of mistaken diagnosis and/or prior psychological vulnerability, they justify a thorough psychiatric assessment before SRS, in a preventive goal.

*Optimize the chance of a successful transformation.* The psychiatrist's second objective is to *optimize a successful transformation*, in terms of patient satisfaction on the one hand and psychosocial adaptation to the new gender on the other.

Since the beginning of the eighties a lot of studies, involving some three thousand patients have assessed the results of SRS with the aid of self-questionnaires completed by transsexuals. They have shown satisfying results (between 75 and 96% satisfaction levels) (Pauly, 1981; Lawrence, 2003). But this satisfaction, which is subjective, is not systematically accompanied by improvement in psychosocial adaptation, professional integration, level of social stability, improvement of social, affective and family contacts, and so on. although these social parameters are important to take into account because they contribute to the quality of life of patients and to their psychological stabilization (Bonierbale et al., 2004b).

The psychiatrist's objective is to optimize the chance of a satisfactory transformation with improvement in psychosocial adaptation compared to before SRS.

#### Roles of the psychiatrist with the patient

*Diagnostic assessment.* First, the psychiatrist of the gender team must confirm the diagnosis of GID as defined in DSM IV (American Psychiatric Association):

- persisting conviction to belong to the opposite biological sex;
- lasting for at least two years;
- intense psychological distress;
- the disorder is not a symptom of another disorder.

This confirmation of the diagnosis is crucial so as to differentiate between GID and other disorders that can have similarities, or be purely temporary, since the real problem



lies in the delimitation in defining transsexualism between the patients who need hormone and surgical treatment, as opposed to these suffering from other sexual identity disorders (Chiland and Cordier, 2000; Michel, 2006). To improve the transsexuals care and to assure them a maximal assistance and security, the use of these predefined diagnosis criteria is necessary but this classification comprises its own limits and no discriminating character have to be associated, as is sometimes the case in some transsexual associations.

During diagnostic evaluation, the psychiatrist relies notably on biographic data collected from the patient and ideally from his family. Among these data, some are positive in terms of the GID diagnosis (notably clothes and games of psychological sexual identity during childhood) and may help the psychiatrist in the diagnostic assessment. However, the specialist must be cautious with the words of the patient, who may, unconsciously or not, change his own history in order to undergo SRS (Cohen-Kettenis and Gooren, 1999).

It is usually a case of self-diagnosis, with the patient often defining himself or herself as a transsexual requesting SRS in the very first visit. In the majority of cases, the clinical evaluation confirms the diagnosis but sometimes it highlights different situations (in 9.1% of cases according to Gómez-Gil et al., 2008) that the psychiatrist must be able to identify:

- episode of delirium with the idea of body transformation (Commander and Dean, 1990; Caldwell and Keshavan, 1991; De Cuypere, 1993; O'gorman, 1980; Faulk, 1990; Puri and Singh, 1996; De Cuypere et al., 2006);
- fetishist transvestism;
- identifying general identity issues – not just sexual;
- merely noncompliance with behavioural stereotypes of sexual roles;
- sexual ambiguity;
- dysmorphophobia;
- homosexuality;
- request for cosmetic surgery.

Obviously, these conditions require other types of management than SRS. As exposed previously, diagnostic mistakes may lead to regret, which is why a thorough diagnostic assessment by a experienced psychiatrist is essential.

*Prognostic assessment.* Apart from mistaken diagnosis, how can the patients most exposed to the risk of psychological complications of SRS be identified?

Studies, whereof references and results are exposed below, have underlined predictive psychosocial and psychiatric factors of unfavourable outcome after surgery. They are known to be significantly correlated with dissatisfaction, regret, depressive disorder or suicidal behaviour persisting, worsening or appearing after surgery.

During the assessment, the psychiatrist must be able to detect these *predictive factors*. These factors are as follows.

*Mental illness or mental vulnerability.* The first predictive factor of less favourable outcome after surgery is the presence of psychic vulnerability (affective disorder, personality disorder, suicidal behaviour, psychosis, substance abuse...) (Green and Fleming, 1990; Lundström et al., 1984; Bodlund and Kullgren, 1996; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin and Junge, 1998; Walworth, 1997; Bonierbale et al., 2004a; Smith et al., 2005; De Cuypere et al., 2006). These psy-

chiatric comorbidities have to be detected and obviously treated as far as possible. They are not necessarily absolute contraindications for SRS but imply closer medical supervision.

*Inadequate affective and family support.* Studies have shown that the stronger the affective and family support, the better the results of SRS (Ross and Need, 1989; Eldh et al., 1997; Carroll, 1999; Landen et al., 1998; Bonierbale et al., 2004a). Close relations should be included in transsexual care in order to optimize affective support and thereby foster conditions for successful transformation.

Moreover, if the patient has children, the psychiatrist has to make sure that they have the necessary intellectual capacities for understanding the stakes of the SRS and that the transformation does not compromise their psychological balance.

*Weak social support and inadequate social functioning.* The psychiatrist must assess the level of social support and social functioning, since they are known to be closely correlated with outcome (Cohen-Kettenis and Gooren, 1999; Bonierbale et al., 2004a). Lack of professional integration, social instability, prostitution and so on are all vulnerability factors that the psychiatrist needs to take into account during the assessment.

*Preconceived ideas and unrealistic expectations.* Frustration and dissatisfaction with the results of SRS are often related to preconceived ideas on the part of the patient. Indeed, a lot of patients imagine that SRS will solve all their problems. In practice, on listening to patients after surgery, and follow-up studies show that these are unrealistic expectations, leading to an increased risk of regrets (Rehman et al., 1999; Bonierbale et al., 2004b).

This awareness improves after surgery, when patients realize that not everything has been changed ! The psychiatrist must make the patient aware that all of his difficulties do not depend on GID and will not be resolved by SRS (Rakic et al., 1996; Bonierbale et al 2005; De Cuypere et al., 2006).

*Other negative prognostic factors.* In addition, the psychiatrist assesses:

- the patient's adaptation capacities (Gomez-Gil study (2008) shows an adaptation disorder in 56% of MtF and 70% of FtM, essentially through Real Life Experience, which may begin before or at the same time as hormone therapy according to the gender teams;
- the quality of the patient's coping skills and of his satisfaction capacities (Rehman et al., 1999; Smith et al., 2005; Bonierbale et al., 2005);
- his understanding of the limitations and consequences of surgery.

If they are inadequate or insufficient, there is a risk of dissatisfaction or regret (Green and Fleming, 1990; Bonierbale et al., 2005).

Other negative prognostic factors have been described:

- absence of gender dysphoria (GD) during childhood (Lawrence, 2003);
- patients aged more than thirty when requesting SRS (Walinder and Thuwe, 1975; Sörensen, 1981a, b; Lundström et al., 1984; Lindemalm et al., 1986; Kuiper and Cohen-Kettenis, 1988; Blanchard et al., 1989; Green

and Fleming, 1990; Rubin, 1993; Eldh et al., 1997; Rehman et al., 1999; De Cuypere et al., 2006);

- sexual attraction for members of the opposite biological sex (Blanchard, 1985; Kockott and Fahrner, 1987; Blanchard et al., 1989; Smith et al., 2005; De Cuypere et al., 2006);
- earlier period of life adapted to biological sex, sometimes with marriage and parenthood (Pfafflin, 1992);
- morphological characteristics incompatible with good credibility in the new gender (De Cuypere et al., 2006);
- ambivalence with SRS.

All these negative prognostic factors are not true contraindications for SRS in themselves (Blanchard et al., 1989; Michel et al., 2002; Bonierbale et al., 2005). They are vulnerability factors increasing the risk of dissatisfaction and of psychosocial condition deterioration after SRS. They should firstly encourage closer medical supervision before during and after the transformation, and secondly lead towards more personalized care (Cohen-Kettenis and Gooren, 1999).

The psychiatrist must inform the patient and discuss with him:

- positive and negative factors of prognosis highlighted by the psychiatric assessment;
- expected benefits/risks of SRS in his or her particular case.

Then the specialist must make sure that the patient fully understands the consequences and the limitations of SRS.

### Therapeutic approach

*Before the SRS.* Some follow-up studies have shown a correlation between psychotherapy before SRS and postsurgical satisfaction: so a psychotherapeutic approach is classically advised for patients requesting SRS (Green and Fleming, 1990; Snaith et al., 1993; Bodlund and Kullgren, 1996; Rakic et al., 1996; Cohen-Kettenis and Van Goozen, 1997; Eldh et al., 1997; Rehman et al., 1999), with a psychiatrist or a psychologist preferably from outside the gender team (in the contrary case, according to Walworth (1997) and Lawrence (2003), the stakes linked to the decision for a possible sex reassignment may interfere with good-quality psychotherapy. The aim of psychotherapy is not to treat GID but to help the patient set realistic life objectives covering professional and interpersonal dimensions. But it can be useful to convince the patient to undergo some more personal work to identify the elements of fragility that are often related to his personal history and work on his processes of identifying and relieving residual or current conflicts that might contribute to difficulties in adapting to the new gender (Bonierbale and Magaud-Vouland, 2004, 2005).

Recent studies advocate target indications for psychotherapy for patients at risk of psychological complications (Seikowski, 2007). The variability between patients and the diversity of psychotherapy call into question the best type of psychotherapy to recommend to patients requesting SRS.

However, insofar as the consultation with the psychiatrist is purely motivated by the hope of SRS, without the request for personal work, the psychotherapy approach is complex (Bonierbale et al., 2005).

From a practical point of view, diagnostic and prognostic assessments of patients requesting SRS last at least six to 12 months. A therapeutic bond of quality and confidence should be developed between the psychiatrist and his patient.

Then the psychiatrist must:

- recommend to the patient a personalised and specific form of care according to vulnerability factors highlighted by the assessment;
- treat any psychiatric comorbidities;
- help him to conduct adaptation work in the new gender through real life experience which would be a positive prognostic factor if lasting at least one year (Green and Fleming, 1990; Pfäfflin, 1992; Pfäfflin and Junge, 1998; Rehman et al., 1999; Lawrence, 2003);
- where possible, include close relatives of the patient in GID care in order to stabilize quality affective support; sometimes, family or couple therapy may be proposed (Cohen-Kettenis and Gooren, 1999).

Moreover, some patients with GID consult in specialized clinic but without asking for SRS. In these cases, the therapeutic approach is essentially psychotherapeutic and aims at relieving suffering of these patients, improving their quality of life and helping them to accept their difference.

The role of the psychiatrist is not limited to diagnostic and prognostic assessment: he must provide the follow-up of SRS denied patients, whatever the reasons for this refusal, in order to avoid psychiatric complications such as serious depressive disorder or suicidal behaviour (Lundström, 1981). Alternative solutions to SRS must be proposed to these patients.

### Role of the psychiatrist during and after the transformation

During and even after the sex reassignment, the psychiatrist must help the patient (and sometimes his family) to solve emotional, interpersonal, social and sexual difficulties brought about by the transformation (Rehman et al., 1999; Michel et al., 2002).

According to some studies, postoperative psychotherapy is correlated with favourable outcome (Rehman et al., 1999) and should therefore be on offer (Cohen-Kettenis and Gooren, 1999); however these results are challenged by Lawrence (2003). It is not unusual for the transsexual herself to spontaneously request psychotherapeutic support after reassignment, at a time when she is no longer totally obsessed by an objective to reach at all costs, and when she can realise that the SRS has not necessarily solved all her existential issues.

The follow-up should be continued as long as possible, moving progressively to a place where the patient can regularly take stock of her life, even if it is only once or twice a year, and find solutions in the difficult times of life in a place where the specific background of the patient is known. Another result – and this can be done with the agreement of the patient – is to improve our knowledge about the outcome of transsexuals after SRS and then improve the care for the GID population. However these follow-up studies are often difficult (refusal of patients to continue the follow up, moving house, wish to “turn the page”). Transsexual

samples used in follow up studies are therefore not always representative of the studied population (Bonierbale et al., 2005).

After sexual reassignment, le psychiatrist draws up medical certificates necessary for the legal procedures of change of civil status.

### Role of the psychiatrist with the gender team

The endocrinologists, anesthetists and surgeons are often reluctant to expose gender dysphoric patients with no medical pathology to the potential dangers, serious adverse effects or complications of hormonal treatment:

- in MtF patients: thromboembolic accidents, increased weight, hypertension, hypertriglyceridemia, bone demineralisation and fractures, depressive disorder (Asscheman et al., 1989; Van Kesteren et al., 1997; Toorians et al., 2003; Elbers et al., 2003);
- in FtM patients: metabolic complications, cardiovascular risk, polycythaemia, bone demineralisation and fractures, psychotic episode, aggressiveness (Asscheman et al., 1989; Van Goozen et al., 1995; Schlatterer et al., 1998; Van Kesteren et al., 1998; Meyer et al., 2001; Elbers et al., 2003; Feldman and Goldberg, 2006; Dahl et al., 2006).

and surgical treatment:

- in MtF patients: Urinary complications in 1 to 10% of cases (urethral stenosis and/or necrosis), digestive complications in 1 to 5% of cases (rectovaginal fistula, rectal lesion), infectious (abscess), hemorrhagic (59% of patients had autologous blood transfusion in Revol's study, 2006), and neurological (leg compression), skin necrosis or stenosis of the vaginoplasty in less of 10% of cases (Perovic et al., 2000; Krege et al., 2001; Revol et al., 2006);
- in FtM patients: Urinary complications in more than 50% of cases (urethral fistula and stenosis), infectious complications (35% according to Bettocchi et al., 2005) and hemorrhagic complications, phalloplasty necrosis (Bettocchi et al., 2005; Hage and van Turnhout, 2006).

Once the diagnosis of GID has been confirmed, the psychological and medical prognostic factors evidenced by multidisciplinary assessment must be discussed by the team sharing out the responsibility of patient management. This discussion is essential to ensure that the sex-change surgery decision is the result of an enlightened consent on the part of the patient and the care team, and notably the surgeon who may have to deal subsequently with regret, lack of satisfaction, recriminations or legal claims due to an insufficiently thorough assessment (concerning psychological and psychiatric background, role and quality of affective support, awareness of the limitations of surgery compared to idealized corporal image, social adaptation capacities in the new gender).

The gender team's psychiatrist has the fundamental role to clearly state expected psychological benefits: are they worth the risks of the SRS and its potential complications or not? This work requires a close collaboration with the psychologist of the team and is notably based on psycho-

metric evaluation reinforcing the diagnosis and guiding the psychological management.

### Conclusion: the complex role of the psychiatrist

Standards of care have been developed in order to improve management of GID. These guidelines recommend a psychiatric assessment and management in order to prevent potential psychosocial complications, to prepare the patient for the sex reassignment surgery, to optimize the chances of a successful transformation, and to help the surgeon in treating an identity disorder.

The role of the psychiatrist is made increasingly difficult due to the fact that delaying access to SRS for a patient considered to be vulnerable may have the same psychological consequences as an unsatisfactory transformation (notably depressive disorder and suicidal behaviour) (Lundström, 1981; Lindemalm et al., 1986)! The team must take into account the expected benefits and risks of SRS and the benefits and risks of extension of assessment or refusal of SRS!

Currently, limitations in knowledge about transsexualism hinder the improvement of care. More validated methodological studies are necessary because sex reassignment surgery remains a solution "for want of something better" given our current level of knowledge.

### Références

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; (fourth ed.), 1994. Washington, DC: Author.
- à Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:1332–6.
- Asscheman H, Gooren LJ, Eklund PL. Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism* 1989;38(9):869–73.
- Bettocchi C, Ralph DJ, Pryor JP. Pedicled pubic phalloplasty in females with gender dysphoria. *BJU International* 2005;95(1):120–4.
- Blanchard R. Typology of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior* 1985;14(3):247–61.
- Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH, Dickey R. Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Canadian Journal of Psychiatry* 1989;34(1):43–5.
- Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism-general outcome and prognostic factors: a five-year follow up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior* 1996;25(3):303–16.
- Bonierbale M, Magaud-Vouland N. Cent vingt-huit cas de troubles de l'identité de genre : étude rétrospective. *Sexologies* 2005;15(53):39–49.
- Bonierbale M, Magaud-Vouland N. Retrospective analysis of 128 cases of gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy* 2004;19(Suppl. p49):112.
- Bonierbale M, Lemaire A, Parola N, Dubreu V, Alexandre B, Michel A, et al. Quality of life among transsexual patients after surgery for sex reassignment. *The Journal of Sexual Medicine* 2004;1(s1):61.
- Bonierbale M, Michel, Lançon C. Devenir des transsexuels opérés. *L'Information Psychiatrique* 2005;81:517–28.
- Caldwell C, Keshavan MS. Schizophrenia with secondary transsexualism. *Canadian Journal of Psychiatry* 1991;36:300–1.
- Carroll RA. Outcomes of treatment for gender dysphoria. *Journal of Sex Education and Therapy* 1999;24:128–36.

- Chiland C, Cordier B. Transsexualisme. Encyclopédie médico-chirurgicale de psychiatrie, 2000; 37-299-D-20: 11.
- Cohen-Kettenis PT, Van Goozen S. Sex Reassignment of adolescents transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36: 263-71.
- Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;46:315-33.
- Commander M, Dean C. Symptomatic transsexualism. *British Journal of Psychiatry* 1990;156:894-6.
- Dahl M, Feldman J, Goldberg J, Jaber A. Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism* 2006;9(3/4):111-34.
- Day P. Tech Brief Series. Trans-gender reassignment surgery. New Zealand Health Technology Assessment Report 2002;1:1-38.
- De Cuypere G. Schizophrenia and symptomatic transsexualism, two case reports. *European Psychiatry* 1993;8:163-7.
- De Cuypere G, Elaut E, Heylens G, Van Maele G, Selvaggi G, T'Sjoen G, et al. Long term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies* 2006;15(2):126-33.
- Elbers JM, Giltay EJ, Teerlink T, Scheffer PG, Asscheman H, Seidell JC, et al. Effects of sex steroids on components of the insulin resistance syndrome in transsexual subjects. *Clinical Endocrinology* 2003;58(5):562-71.
- Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery* 1997;31(1):39-45.
- Faulk M. Psychosis in a transsexual. *British Journal of Psychiatry* 1990;156:285-6.
- Feldman J, Goldberg J. Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism* 2006;9(3/4):3-34.
- Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T and Valdés M. Sociodemographic, Clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 2008 Feb 21. [Epub ahead of print].
- Green R, Fleming D. Transsexual Surgery follow-up status in the 1990's. *Annual Review of Sex Research* 1990;1:163-74.
- Hage JJ, van Turnhout AA. Long-term outcome of metaidoioplasty in 70 female-to-male transsexuals. *Annals of Plastic Surgery* 2006;57(3):312-6.
- Kockott G, Fahrner EM. Transsexuals who have not undergone surgery: a follow-up study. *Archives of Sexual Behavior* 1987;16(6):511-22.
- Krege S, Bex A, Lümme G, Rübber H. Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *BJU International* 2001;88(4):396-402.
- Kuiper B, Cohen-Kettenis P. Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals. *Archives of Sexual Behavior* 1988;17(5):439-57.
- Kuiper A.J., Cohen-Kettenis P.T. (1998) Gender Role Reversal among Postoperative Transsexuals. *IJT* 2,3, <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0502.htm>.
- Landen M, Walinder J, Lambert G, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;97:284-9.
- Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male to female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior* 2003;32(4):299-315.
- Lindemalm G, Körtin D, Uddenberg N. Long-term follow-up of "sex change" in 13 male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior* 1986;15:187-210.
- Lundström B. Gender dysphoria: a social-psychiatric follow-up study of 31 cases not accepted for sex reassignment. Göteborg: University of Göteborg; 1981.
- Lundström B, Pauly I, Walinder J. Outcome of sex reassignment surgery. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1984;70:289-94.
- MacCauley E, Ehrhardt A. Follow up of females with gender identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1984;172:353-8.
- Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *British Journal of Psychiatry* 1988;152:550-3.
- Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *British Journal of Psychiatry* 1990;1:73-7.
- Meyer W, Bockting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, DiCeglie D, Devor H, et al. The standards of care for gender identity disorders, Sixth Version. *International Journal of Transgenderism*, 2001; 5(1). <http://www.symposion.com/ijt/soc.2001/index.htm>.
- Michel A. Le transsexual: quel devenir? *Annales Médico-Psychologiques* 2001;159:347-58.
- Michel A, Ansseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. The consequences of sex reassignment surgery: a review. *European Psychiatry* 2002;17:353-62.
- Michel A, Mormont C. Fuite dans l'imaginaire et dépendance: trait de personnalité ou défense opportuniste chez le transsexuel. *L'Encéphale* 2004;30:147-52.
- Michel A. Les troubles de l'identité sexuelle, 2006. Collection 128, Paris, Nathan.
- Michel A, Pedinielli JL. Demandes de transformations corporelles esthétiques et/ou sexuelles par la chirurgie: proximités et différences. *Pratiques Psychologiques* 2008;14:137-46.
- O'Gorman E. The effect of psychosis on gender identity. *British Journal of Psychiatry* 1980;136:314-5.
- Pauly IB. Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1981;15(1):45-51.
- Perovic SV, Stanojevic DS, Djordjevic ML. Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. *BJU International* 2000;86(7):843-50.
- Pfäfflin F. Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 1992;5(4):69-85.
- Pfäfflin F, Junge A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961-1991. <http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>.
- Puri BK, Singh I. The successful treatment of a gender dysphoric patient with pimozone. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996;30:422-5.
- Rakic Z, Starcevic V, Maric J, Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Archives of Sexual Behavior* 1996;25:515-25.
- Rehman J, Lazer S, Benet A, Schaefer L, Melman A. The reported sex and surgery satisfaction of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior* 1999;28:71-89.
- Revol M, Servant JM, Banzet P. Surgical treatment of male-to-female transsexuals: a ten-year experience assessment. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique* 2006;51(6):499-511.
- Ross MW, Need JA. Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male to female patients. *Archives of Sexual Behavior* 1989;18: 145-53.
- Rubin, S.O. Sex Reassignment Surgery male to female. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 1993; supplementum, 154: 1-28.
- Schlatterer K, Yassouridis A, von Werder K, Poland D, Kemper J, Stalla GK. A follow-up study for estimating the effectiveness of a cross-gender hormone substitution therapy on transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior* 1998;27(5): 475-92.
- Seikowski. Psychotherapy and transsexualism. *Andrologia* 2007; 39:248-52.



- Smith Y, Cohen L, Cohen-Kettenis P. Postoperative psychological functioning of transsexuals: a rorschach study. *Archives of Sexual Behavior* 2002;31(3):255–61.
- Smith Y, Van Goozen S, Kuiper A, Cohen-Kettenis P. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine* 2005;35:89–99.
- Snaith P, Tarsch MJ, Reid R. Sex Reassignment surgery. A study of 141 Dutch Transsexuals. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:681–5.
- Sörensen T. A follow-up study of operated transsexual males. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1981a;63:486–503.
- Sörensen T. A follow up study of operated transsexual females. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1981b;64:50–64.
- Toorians AW, Thomassen MC, Zweegman S, Magdeleyns EJ, Tans G, Gooren LJ, et al. Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2003;88(12):5723–9.
- Van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ, Frijda NH, Van de Poll NE. Gender differences in behaviour: activating effects of cross-sex hormones. *Psychoneuroendocrinology* 1995;20(4):343–63.
- Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology (Oxf)* 1997;47(3):337–42.
- Van Kesteren P, Lips P, Gooren LJ, Asscheman H, Megens J. Long-term follow-up of bone mineral density and bone metabolism in transsexuals treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology (Oxf)* 1998;48(3):347–54.
- Walinder J, Thuwe I. A social-psychiatric follow up study of 24 sex-reassigned transsexuals. Reports from the Psychiatric research Center, St Jorgen's Hospital, University of Göteborg, Sweden 10. Akademiforlaget, 1975.
- Walworth J. Sex reassignment surgery in male to female transsexuals: Client satisfaction in relation to selection criteria. Amherst, NY: Prometheus Books; 1997.